附件1

**药品配送企业遴选申请**

大新县人民医院：

我司作为中国境内合法合规的医药配送企业，经营资质、硬件设施、人员配置等条件均符合贵院药品配送企业遴选要求，特此申请参与此次药品配送企业遴选。现我司委托作为授权代理人，负责本项目后续工作。我司承诺，提供递交的资料均合法有效。

法人（签字或盖章）：

授权代理人（签字或盖章）：

授权代理人联系电话：

企业公章

XXXX年XX月XX日

备注：须提供法人身份证正反面复印件（加盖公章）、授权代理人身份证正反面复印件（加盖公章）。

